UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 85

FACULTÉ DE MÉDECINE

DES
FISTULES STERCORALES
CONSÉCUTIVES A L'OPÉRATION DE L'APPENDICITE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 23 Juillet 1912

PAR

Paul BATUT

Né à Puy-Laurens (Tarn), le 24 octobre 1887

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse

GILIS, Professeur, *Président.*
VIRES, Professeur
SOUBEYRAN, Agrégé
EUZIÈRE, Agrégé

Assesseurs

MONTPELLIER
IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse, 28, Rue Dom-Vaissette

1912

DES

FISTULES STERCORALES

Consécutives à l'opération de l'Appendicite

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 85

FACULTÉ DE MÉDECINE

DES

FISTULES STERCORALES

CONSÉCUTIVES A L'OPÉRATION DE L'APPENDICITE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 23 Juillet 1912

ACAD. MED. NAT. BIBL.

PAR

Paul BATUT

Né à Puy-Laurens (Tarn), le 24 octobre 1887

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse — GILIS, Professeur, *Président.* — VIRES, Professeur — SOUBEYRAN, Agrégé — EUZIÈRE, Agrégé — *Assesseurs*

MONTPELLIER

IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE

14, Avenue de Toulouse, 28, Rue Dom-Vaissette

1912

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✲)	DOYEN.
SARDA	ASSESSEUR.
IZARD	SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (O. ✲). Chargé de l'enseig[t] de pathol. et thérap. génér.
Clinique chirurgicale	TEDENAT (✲).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✲).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✲).
Clinique ophtalmologique	TRUC (✲).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales	RAUZIER. Chargé de l'enseignement de la clinique médicale.
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Profes. honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), GRYNFELTT, HAMELIN (✲).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.	MM. VÉDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.	LEENHARDT, agrégé.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. lib. ch. de c.
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires.	JEANBRAU, ag. lib. ch. de c.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. LEENHARDT.	MM. DELMAS (Paul).
VÉDEL.	GAUSSEL.	MASSABUAU.
SOUBEYRAN.	RICHE.	EUZIÈRE.
GRYNFELTT (Ed.)	CABANNES.	LECERCLE.
LAGRIFFOUL.	DERRIEN.	FLEIG (ch. d. fonct.)

Examinateurs de la thèse :

MM. GILIS, *Président.*	MM. SOUBEYRAN, *Agrégé.*
VIRES, *Professeur.*	EUZIÈRE, *Agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE

A MES SŒURS

MEIS ET AMICIS

P. BATUT.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GILIS

PROFESSEUR D'ANATOMIE

MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SOUBEYRAN

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE TOULOUSE

P. BATUT.

A MESSIEURS LES DOCTEURS

BAUDET et BOURGET

CHIRURGIEN DES HOPITAUX DE TOULOUSE

OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE

qui m'ont trachéotomisé le 20 mars 1911.

Je saisis au vol cette occasion, la plus solennelle de ma vie, pour venir vous remercier encore une fois de plus des soins dévoués et empressés que vous m'avez prodigués l'année dernière dans une circonstance à jamais mémorable. La mort m'étreignait à la gorge, ce n'était plus qu'une affaire de quelques instants ; déjà l'affreuse nuit me tenait tout entier ; mais vous l'avez rencontrée sur sa route et par suite de l'orifice anormal que vous avec créé, vous m'avez rappelé à l'existence : ce ne fut qu'une petite alerte. Je ne sais pas s'il n'aurait pas mieux valu pour moi que je me laisse aller à ma triste destinée ; je ne pourrai répondre à cette question que dans quelques années, mais je me considérerai comme un ingrat si, à l'occasion de ma thèse inaugurale, je ne vous offrais, avec mes remerciements les plus sincères. l'assurance d'une reconnaissance éternelle.

P. BATUT.

DES

FISTULES STERCORALES

Consécutives à l'opération de l'Appendicite

CHAPITRE PREMIER

INTRODUCTION

Les communications anormales de l'intestin avec la peau se divisent en deux catégories : tantôt cette communication se fait directement, tantôt par l'intermédiaire d'une cavité purulente.

Dans ce dernier cas on est en présence d'une fistule pyo-stercorale ; au lieu d'avoir un trajet canaliculé, on a une véritable poche purulente à parois irrégulières. Au contraire lorsque l'intestin communique directement avec la peau, on est en présence d'une fistule stercorale ou anus contre nature.

Nous diviserons les fistules stercorales ou anus contre nature, car nous préférons ne pas établir de différence

entre l'anus contre nature et les fistules stercorales suivant la quantité plus ou moins grande de matières fécales passant par l'orifice anormal, en trois groupes : *a*) *fistules tubulaires ; b*) *fistules labiées ou sans éperon; c*) *fistules stercorales proprement dites ou avec éperon.*

a) La fistule tubulaire est caractérisée par un long trajet, par suite duquel la muqueuse intestinale est séparée de la peau par une membrane bourgeonnante.

b) La fistule labiée ou sans éperon est caractérisée par ce fait que la muqueuse intestinale se continue directement avec la peau ; dans ce cas, le trajet fistulaire est court.

c) La fistule stercorale proprement dite ou avec éperon est la plus étendue; elle laisse passer une grande partie ou la totalité des matières, tandis qu'une petite partie passe par l'anus. Mais son caractère primordial provient de la présence de l'éperon dont Dupuytren a donné une description complète et montré toute l'importance. Il a pour effet de former une barrière entre les deux anses intestinales, une véritable valvule qui obstrue le segment inférieur. La présence de cet éperon a toujours dominé toute la question. Pour le détruire, Dupuytren a inventé son entérotome qui constitue une opération longue et dangereuse, dont on se servait parce qu'avant tout on voulait éviter l'ouverture du péritoine, ordinairement mortelle à cette époque. Aujourd'hui elle n'a plus aucune raison d'être, parce qu'on n'a plus de semblables craintes et que l'appareil de Dupuytren a été très avantageusement remplacé par celui de von Frisch.

CHAPITRE II

FRÉQUENCE. — CAUSES

Dans l'immense majorité des cas, les fistules stercorales consécutives à l'opération de l'appendicite ont été constatées chez des enfants et des jeunes gens. Nous ne connaissons qu'un cas survenu chez un homme d'une cinquantaine d'années, mais il ne nous a pas été possible de le relater.

Nous ne publions que huit observations relatives, répétons-le, à des gens jeunes, pour la raison tout à fait simple que nous n'en avons pas trouvé d'autres. Nous n'avons pas fait de choix, pratiqué de triage. Il faut conclure de tout cela que les fistules stercorales consécutives à l'opération de l'appendicite sont très rares.

Leur rareté est l'unique raison qu'on ne s'est guère occupé d'elles et de leurs causes, qui quelquefois paraissent difficiles à expliquer.

M. le professeur Gilis, au sujet de la fistule qui a suivi l'intervention à froid, « pense qu'elle ne provenait pas du

moignon appendiculaire : l'exploration directe me permet de l'affirmer. Elle peut s'expliquer : soit par l'élimination de l'unique fil de soie placé sur l'artère appendiculaire ; soit par une perforation secondaire du cæcum. La seconde explication me paraît le plus probable, car, malgré des recherches méticuleuses, le nœud du fil n'a pas été retrouvé ; d'autre part j'avais, au cours de l'intervention à froid, remarqué l'amincissement d'une petite zone de la paroi latérale externe du cæcum ».

Dans l'observation de M. le professeur Soubeyran, la cause de la fistule stercorale est aussi difficile à expliquer, mais il semble plutôt qu'il faille incriminer, « soit le lâchage de la ligature du moignon appendiculaire, soit l'ulcération intestinale d'un intestin malade au contact des deux tubes placés pour drainer ». Dans d'autres cas on peut supposer, soit qu'on a éraillé ou déchiré une anse grêle adhérente, soit qu'il y a eu élimination d'une partie sphacélée de l'intestin.

CHAPITRE III

ÉVOLUTION. — PRONOSTIC

En tout cas, quelle que ce soit de ces causes que l'on pense plutôt à incriminer, l'évolution est identique. Par la solution de continuité intestinale, il se produit l'infection de la plaie par des microbes venus de l'intestin, où végète une flore intestinale excessivement riche en saprophytes. Ils envahissent la plaie que le chirurgien s'est efforcé de fermer par première intention, car le péritoine est fermé par les adhérences anciennes ou nouvelles, cheminent à travers toute la paroi abdominale et viennent apparaître à la peau. Les globules blancs essaient bien de les phagocyter ; mais comme les microbes sont excessivement nombreux, que leur source ne peut tarir et que, dans la lutte avec l'organisme, les microbes voient augmenter et leur virulence et leur résistance, les globules blancs sont vaincus, détruits. Leur mélange avec le sérum du pus, constitué par des liquides provenant du

plasma sanguin que les endothéliums vasculaires troublés dans leur fonctionnement par la cause pathogène provoquant la suppuration laissent filtrer, forme le pus.

Alors le pus frappe de mort les bourgeons charnus qui partant des deux lèvres de la plaie tendent à se fusionner. De ce fait, il y a rétraction des deux lèvres de la plaie qui paraît de nouveau béante. Alors les matières fécales, trouvant un nouvel orifice, suivent le nouveau trajet, et en faisant le pansement on n'est pas peu étonné des trouver en présence d'une fistule stercorale.

Ce sont surtout le malade — Schoffer rapporte le cas d'un malade qui se suicida à cause de son incontinence de matières fécales — et les parents que la vue de cet orifice anormal trouble d'autant plus qu'ils ont été plus fortement alarmés par la maladie et l'opération. Et la première question qu'ils vont adresser au médecin sera pour lui demander ce qu'il pense de cette fistule stercorale.

Il est de toute nécessité que le médecin soit fixé sur le pronostic de cette affection. Son premier devoir sera non pas de s'occuper du siège, de l'étendue et du nombre des lésions intestinales, ce qui influe très peu sur l'évolution ultérieure de l'anus contre nature, mais du trajet entre l'orifice intestinal et la peau, car le trajet seul joue un rôle capital. De cette façon il pourra reconnaître les anus qui vont guérir spontanément de ceux qui sont définitifs et nécessiteront une intervention.

La fistule tubulaire caractérisée par un long trajet tapissé par une membrane bourgeonnante séparant la muqueuse intestinale de la peau guérit spontanément, surtout si les orifices cutané et intestinal sont étroits. On favorisera la guérison de ces fistules par de petits moyens, des cautérisations par exemple, et, s'il y a lieu d'intervenir, la suture directe conviendra à ces cas.

La fistule labiée ou sans éperon, caractérisée par un court trajet et par ce fait que la muqueuse intestinale se continue avec la peau, peut guérir spontanément. La seule condition essentielle, c'est d'éviter que les matières fécales ne passent par la fistule. Si par la compression, par des lavements quotidiens, on voit diminuer le passage des matières, on sera en droit d'espérer une guérison spontanée. Dans le cas contraire, on sera réduit à une intervention.

Dans les fistules stercorales avec éperon, on ne doit pas espérer la guérison spontanée, car cet éperon obture le segment inférieur et fait dévier le cours des matières. On ne peut espérer la guérison spontanée que dans les cas rares où le mésentère tire sur l'éperon et le fait disparaître. On se trouve alors en présence d'une fistule labiée. Il est imprudent de compter sur cette évolution.

Quand on aura décidé d'intervenir, il faudra tenir compte du siège, de l'étendue et du nombre des lésions des parois intestinales. On peut trouver des lésions cæcales, des lésions iléo-cæcales et des lésions du côlon. La présence d'un éperon demandera aussi à ne pas être méconnu sous peine d'échec de l'intervention.

Les fistules labiées nécessiteront le procédé de Soliéri, ou si elles siègent sur le gros intestin l'entérorraphie, tandis qu'il faudra avoir recours à l'entérotomie si elles siègent sur le grêle.

Les fistules stercorales avec éperon demanderont ou la destruction de l'éperon par le procédé de von Frisch, dans lequel cas on les transforme en labiées, ou l'entérectomie qui est la méthode de choix.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT

Nous ne parlerons pas du traitement de la communication anormale de l'intestin avec la peau qui se fait par l'intermédiaire d'une cavité purulente dont la guérison ne peut être rendue certaine que par le drainage ou l'ablation du foyer infectieux. Les indications opératoires ne peuvent être fixées d'avance, elles varient suivant la nature et l'étendue des lésions. Nous ne nous occuperons que du traitement des fistules stercorales dont nous relaterons les meilleurs procédés. Dans ce cas, l'intervention curative est en général simple et la conduite à tenir peut être fixée d'avance. C'est ce que nous allons essayer de préciser.

Mais en première ligne il convient d'attendre, on est toujours en droit de compter sur une guérison spontanée, surtout si l'on se trouve en présence d'une fistule tubulaire, et cela parce que la muqueuse intestinale est séparée de la peau par un trajet tapissé par une membrane

bourgeonnante. C'est ce qui arrive le plus souvent chez les enfants et les adolescents; une éventualité pareillement heureuse peut également se produire chez l'adulte.

Une autre condition essentielle à la guérison spontanée étant la libre circulation au cours des matières au-dessous des fistules, le chirurgien devra obtenir l'évacuation rapide de l'intestin par un régime et une médication appropriés. Il est de toute nécessité de surveiller le malade, de lui donner des lavements quotidiens et voir si cette thérapeutique diminue le passage des matières par l'orifice anormal. Cette observation décidera si l'on doit ou non faire une opération quelconque, car les fistules qui siègent sur un conduit de l'économie ont une grande tendance vers la guérison spontanée lorsqu'il n'existe pas d'obstacle au cours des matières au-dessous de la fistule.

Enfin, pour hâter la guérison spontanée, le chirurgien pourra user des cautérisations qui aviveront les bourgeons charnus tapissant la fistule.

Il est donc sage d'attendre. Mais combien de temps peut-on ainsi temporiser? Il n'y a pas de règle absolue. C'est l'état du malade qui doit guider le chirurgien. Il faut tenir compte et de son état physique de nutrition et de son état psychique. Dupuytren n'intervenait pas avant trois mois. Gœtz conseille d'attendre deux mois et demi. Nous pensons plutôt qu'il convient de retarder le plus possible, si l'état du sujet le permet, et de n'intervenir que lorsque la fistule stercorale paraît n'avoir aucune chance de guérir spontanément.

Les méthodes opératoires peuvent se diviser en trois groupes : méthodes instrumentales, méthodes extra-péritonéales, méthodes intra-péritonéales.

Méthodes instrumentales

Nous ne parlerons que pour mémoire de l'entérotome de Dupuytren, nous ne mentionnerons le kentrotribe de Mikulicz que parce qu'il a été largement et heureusement modifié par von Frisch.

Ce dernier reproche à l'appareil de Mikulicz d'être mal supporté par le malade et demander une application très longue parce qu'il ne détruit l'éperon ni aussi rapidement, ni aussi radicalement qu'il le faudrait. De plus, même après l'avoir appliqué trois ou quatre fois, il reste après la chute de l'éperon, dans le fond de la fistule, une saillie indurée qui gêne pour le rétablissement normal des matières et qui, si l'on suture la fistule, peut entraîner un certain degré de sténose et la réouverture du trajet fistuleux. Donc, d'après von Frisch, le point essentiel que ne peut réaliser l'appareil de Mikulicz est la disparition complète de l'éperon, telle que le doigt introduit ne puisse qu'à peine le percevoir.

Enfin, l'appareil de Mikulicz offre encore un autre danger, celui d'agir un peu à l'aveugle.

Von Frisch alors imagina un appareil très simple dont le dispositif est le suivant : Deux tubes de métal légèrement courbés, qu'on peut emboîter, portent l'un et l'autre, près du point où on les peut unir, une barre de métal très fortement soudée au tube. Les deux tubes étant emboîtés, on introduit dans les extrémités libres et creuses des deux barres deux petites tiges pointues fixées à la face inférieure d'un petit plateau. Grâce à ce petit

plateau les deux tubes sont absolument fixes. Une fois ces deux tubes introduits et emboîtés, on applique le petit plateau ; et, par-dessus, un emplâtre agglutinatif, perpendiculaire à la direction de l'appareil, exerce sur lui une pression mésurée. Cette pression se propage à l'éperon qui répond exactement au milieu de l'instrument. Le contenu de l'intestin passe directement dans le tube du bout afférent dans le bout efférent. Grâce à la pression exercée sur le plateau, qui entraîne dans la profondeur une pression égale, les deux segments d'intestin se trouvent placés dans la même direction et maintenus dans cette situation.

Dès lors les matières ne s'échappent que très peu par l'orifice, et, quelques jours après la pose de l'appareil, les malades de von Frisch émirent des matières par les voies naturelles. La pose de l'appareil est très simple, mais il est souvent nécessaire de dilater le bout inférieur de l'intestin quelques jours avant d'introduire le tube.

Au début von Frisch recommande d'enlever l'appareil une ou deux heures. Puis il l'enlève pendant 24 heures. Enfin il le remplace par un autre qui ne s'en différencie que par la longueur des tubes de métal. De la sorte on peut faire varier le point où porte la pression.

Cet appareil, surtout fait pour les anus contre nature siégeant sur le gros intestin, rend de signalés services dans les fistules stercorales siégeant sur l'intestin grêle. Il constitue, croyons-nous, une opération plastique beaucoup plus simple et beaucoup moins dangereuse que la résection intestinale.

Méthodes extra-péritonéales

Avec Gœtz nous diviserons ces procédés opératoires en trois groupes, suivant que l'on ferme l'orifice cutané seul, l'orifice cutané et le trajet, ou à la fois l'orifice cutané, le trajet et l'orifice intestinal.

1° Occlusion de l'orifice cutané. — On n'a de chance de succès que si on avive fortement les bords de la plaie qu'on suture ensuite. Quelques auteurs même recouvrent la plaie avec un lambeau pris sur la paroi saine et rabattu sur l'orifice. On trouvera dans l'ouvrage de Jeannel et la thèse de Gœtz une longue et minutieuse description de ce procédé, qui n'a donné à Gœtz des résultats heureux que dans 17 pour 100 des cas. Cette méthode ne peut réussir que dans les fistules insignifiantes.

2° Occlusion du trajet et de l'orifice cutané. — Cette opération, très voisine de la précédente, se pratique sensiblement de la même façon et convient aux mêmes cas.

3° Occlusion de l'orifice cutané, du trajet et de l'orifice intestinal. — Comme dans les méthodes précédentes, on avive le trajet fistuleux avant de le suturer. Quant à l'orifice intestinal, il est obturé de diverses manières. Malgaigne rebrousse la paroi intestinale et la suture. Panas décolle la musculeuse de la muqueuse,

rebrousse le lambeau circulaire ainsi formé, et suture. Simon fait la même manœuvre avec la muqueuse.

Mais le meilleur est assurément le procédé de Soliéri qui n'est qu'une modification des procédés de Jeannel, Biondi et Savariaud (ces trois procédés sont très ressemblants). Voici comment il procède: Le lambeau destiné à fermer l'orifice intestinal est cutanéo-muqueux, la paroi est reconstituée par-dessus. Il incise la peau à 2 ou 3 centimètres tout autour de l'orifice. Le lambeau cutané circulaire est disséqué jusqu'au contact de la zone d'adhérence intestino-pariétale. La paroi intestinale est ensuite disséquée plan par plan, de façon à mobiliser suffisamment l'anse intestinale sans toutefois ouvrir le péritoine. Cette dissection faite, on suture ensemble les lambeaux cutanés en rabattant leur face épidermique vers la lumière de l'intestin, par des points à la Lembert non perforants. Cette suture est enfouie sous une autre, comprenant le tissu cellulaire sous-péritonéal. La paroi est reconstitué par-dessus à trois plans.

Soliéri a appliqué ce procédé dans 6 cas de fistules stercorales labiées dont l'éperon avait été préalablement détruit. Il a eu 6 succès immédiats. Ce procédé a l'avantage d'enfouir profondément l'anse suturée et d'éviter toute tension des sutures, cause ordinaire des échecs dans ces sortes d'opérations. Et, s'il existe un éperon, il convient de le détruire par le procédé de von Frisch, qui n'est ni aveugle, ni dangereux, et qui donne de bons résultats. Ces deux opérations (von Frisch et Soliéri) méritent d'être tentées car elles sont simples et sans danger si l'on sait respecter les adhérences péritonéales.

Méthodes intra-péritonéales

Les méthodes intra-péritonéales sont considérées comme les méthodes de choix dans le traitement des fistules stercorales labiées, et surtout des fistules stercorales avec éperon. Elles conviennent à tous les cas, la mortalité diminue de plus en plus, grâce aux progrès de la chirurgie abdominale. Comme ces opérations intéressent la séreuse, le péritoine, il faudra faire de nombreux lavages de la peau avec des solutions antiseptiques faibles ou un abondant badigeonnage à la teinture d'iode. De plus, il convient d'administrer une purgation saline deux ou trois jours avant l'opération, de maintenir le sujet au régime lacté, et de vider le bout inférieur la veille de l'opération. Il nous paraît inutile d'ajouter que ces opérations ne seront entreprises que si le sujet ne se trouve pas dans un état alarmant ; dans ce cas, il faudrait remonter le malade, le nourrir pour pouvoir l'opérer.

Ces méthodes sont au nombre de trois : ce sont l'entéro-anastomose, l'entérorraphie latérale, l'entérectomie.

1° L'ENTÉRO-ANASTOMOSE peut être simple ou suivie de l'exclusion d'une partie de l'intestin. L'entéro-anastomose simple est aujourd'hui complètement abandonnée.

L'entéro-anastomose suivie de l'exclusion d'une partie de l'intestin donne de meilleurs résultats ; mais c'est déjà une opération longue qui encore ne réussit que dans certaines conditions.

Dans le cas de fistule siégeant sur l'intestin grêle, on

est obligé d'implanter le bout supérieur dans le gros intestin, sinon le reflux se produit. C'est seulement dans les cas où la fistule porte sur la partie terminale de l'iléon que son abouchement dans la partie voisine du gros intestin (cæcum ou côlon ascendant) donne de bons résultats, car la valvule iléo-cæcale suffit ordinairement à empêcher le reflux des matières. Si la fistule siège sur le gros intestin (région cæcale), il est nécessaire d'apporter cette anastomose très bas et d'aboucher l'intestin grêle sur le côlon descendant ou l'anse sigmoïde, sinon le reflux des matières vers la fistule est fréquent. C'est donc au prix de l'exclusion presque totale du gros intestin que l'on pourra avoir des chances sérieuses de guérison. Cette méthode n'est guère justifiée que si des adhérences trop nombreuses ne permettent pas de s'attaquer directement à la lésion, autrement ne doivent subsister que les interventions s'attaquant directement à la lésion : c'est-à-dire, l'entérorraphie latérale et l'entérectomie.

2° L'ENTÉRORRAPHIE LATÉRALE est une bonne méthode, mais elle n'est pas applicable à tous les cas. Au niveau de l'intestin grêle, elle n'est possible que si la perte de substance est peu marquée. De plus, cette méthode laisse subsister l'éperon, le mesentère reste toujours plus ou moins épaissi au niveau de la fistule et peut gêner la circulation des matières. D'autre part, cette suture latérale prédispose au rétrécissement ultérieur. Au niveau du sacrum et du côlon ascendant on peut réséquer au contraire une assez grande surface des tuniques, il ne se produit à la suite aucun rétrécissement.

Voici le procédé de Quénu, tiré de la thèse Francoz :

a) *Premier temps.*— Incision ovalaire de la peau et du tissu sous-cutané passant à 1 c. du bord muqueux de la

fistule stercorale. On prolonge en haut et en bas cette incision d'une longueur de 5 ou 6 centim. On dissèque un peu les lèvres internes de cette incision, on ferme l'anus en les pinçant (les lèvres internes de cette incision), et on entoure les pinces d'une compresse.

b) *Second temps.* — Ouverture du péritoine. On continue l'incision dans la profondeur de la paroi, en essayant de repérer les différents plans anatomiques pour la reconstitution soigneuse de la paroi.

On incise circulairement le péritoine, on extériorise sur un lit de compresses aseptiques, l'anse ou les anses adhérentes, pendant que d'autres grandes compresses sont glissées tout autour pour protéger la grande cavité péritonéale.

c) *Troisième temps.* — Résection des tissus malades. Suture de l'intestin. On fait alors la coprostase soit par les doigts d'un aide, soit par des pinces spéciales (modèle Doyen, Mathieu); puis on décolle aux ciseaux ou au histouri l'intestin de l'îlot de la paroi, et l'on a ainsi une plaie de l'intestin facile à suturer. On fait les sutures suivant la technique usuelle, au catgut fin ou à la soie, en deux ou trois plans. Il faut bien veiller à ce que le calibre de l'intestin ne soit pas réduit par la suture. On fixe l'intestin par un point pariétal pour localiser l'infection au cas où la suture lâcherait. On ferme la paroi après avoir mis un petit drain profond au contact des sutures.

3° L'ENTÉRECTOMIE — qui n'est que la résection d'un segment intestinal — trouve son indication formelle dans les cas de fistules labiées ou avec éperon siégeant sur le grêle. On aura avantage à la pratiquer d'emblée dans les cas de fistules labiées siégeant sur le grêle avec perte de substance étendue. Son pronostic est

sensiblement le même que celui de l'entérorraphie latérale, il dépend avant tout de l'infection péritonéale, aujourd'hui facile à éviter, si l'on isole bien le champ opératoire. En se servant du bouton pour réunir les deux extrémités intestinales, l'opération est rapide. Seule, l'hémostase de la tranche mésentérique complique un peu l'opération ; elle est en général facile quoiqu'elle demande beaucoup de soins. Le pronostic opératoire n'est pas sensiblement plus grave que dans l'entérorraphie latérale, et l'on est certain d'avoir fait une opération radicale. Les statistiques anciennes ne peuvent être un argument contre l'entérectomie, car la mortalité opératoire s'est considérable abaissée dans ces derniers années. L'entérectomie comprend cinq temps principaux :

a) *Incision de la peau.* — L'anus est d'abord circonscrit, par une incision elliptique passant en tissu sain. Les plans superficiels sont disséqués, rabattus sur l'orifice fistuleux et fixés par quelques points de suture. Les lambeaux sont eux-mêmes enveloppés de compresses. On est ainsi à l'abri de toute infection venant de la plaie et l'on peut opérer dans le péritoine en toute sécurité. Les plans profonds sont rapidement isolés jusqu'au péritoine qui est ouvert d'emblée. L'intestin est exploré, les deux bouts reconnus, on se rend compte des adhérences, des limites de la portion malade, et l'on choisit les deux points de la section. L'intestin attiré au dehors est isolé sur un lit de compresses. Deux pinces à coprostase sont placées sur le bout supérieur, il est généralement inutile d'en placer sur le bout inférieur.

b) *Section de l'intestin.* — Elle se fait en tissu sain. Du côté du bout inférieur, on se rend compte que la

lumière est encore perméable. Cette section se fait perpendiculairement à l'intestin et s'arrête exactement au mésentère.

c) *Ligature du mésentère.* – On fait une ligature en chaîne, avec un fort catgut, à quelques millimètres de l'intestin, en ayant soin d'arrêter cette hémostase, un peu avant la section intestinale, pour être sûr de la vitalité de l'intestin.

d) *Ablation de la partie malade.* — Le mésentère est sectionné, l'hémostase complétée s'il y a lieu. Les adhérences sont rapidement dissociées et l'on enlève d'un seul bloc la portion intestinale réséquée et la portion de la paroi comprise dans l'incision elliptique.

e) *Réunion des deux bouts.* — Pratiquer toujours cette réunion au bouton de Murphy-Villard. L'intestin est réduit dans l'abdomen et la paroi reconstituée. En général, la plaie cutanée sera drainée.

« La mortalité diminue de jour en jour, dit Delore, au fur et à mesure des progrès de la technique chirurgicale, et il n'est pas téméraire de croire que l'entérectomie, méthode idéale du traitement de l'anus contre nature et des fistules stercorales labiées, est une opération peu dangereuse dont la mortalité diminuera peut-être jusqu'à disparaître. » Et Jourdan de conclure « qu'elle aboutit à la guérison certaine sans faire courir au malade d'autres risques que ceux inhérents à toute laparotomie ».

CHAPITRE VI

OBSERVATIONS

Observation I

(Due à l'obligeance de M. le professeur Soubeyran)

Appendicite avec abcès. — Opération. — Ablation de l'appendice. — Drainage. — Fistule stercorale le huitième jour. — Guérison spontanée au bout d'un mois.

F...; âgé de 11 ans, est soigné par le docteur Apostolaki, pour une crise d'appendicite, en novembre 1911. Depuis sa première crise (1er novembre), l'enfant ne peut se refroidir et présente une succession de crises avec période d'apyrexie et de température. Il arrive à se cachectiser; la température égale 37°5 à 38° le soir; le facies est amaigri, terreux; il se forme un abcès dans la fosse iliaque droite. On décide d'intervenir. L'opération, confiée à M. le docteur Soubeyran, eut lieu à la

Clinique mutualiste, le 2 décembre 1911, après une anesthésie prudente à l'éther.

L'ouverture du péritoine consécutive à l'incision de Roux laisse s'écouler un pus verdâtre assez abondant. Au fond de la cavité de l'abcès, on voit un moignon long de 3 centimètres, réduit et ratatiné, qui est bien l'appendice. On l'enlève, il présente des traces de sphacèle de ses parois. Après ligature de l'appendice sans enfouissement, on remet le tout en place, on draine avec deux tubes et on suture la plaie très incomplètement. Les suites sont bonnes. Le malade reprend de l'appétit et se remonte. Mais le huitième jour on s'aperçoit qu'il y a des matières fécales dans la plaie ; une fistule stercorale était créée, dont la cause est difficile à expliquer : est-ce une ulcération intestinale d'un intestin malade au contact des drains, ou la ligature du moignon appendiculaire qui a lâché ?

Une grande partie des matières passent par la plaie, si bien qu'on est obligé de faire le pansement plusieurs fois par jour. Comme, malgré cela, l'état général se maintient bien, on prend patience ; au bout d'un mois la fistule stercorale se ferme, et deux mois après guérison complète.

Observation II

(Due à l'obligeance de M. le professeur Gilis.)

Une observation d'appendicite: — Deux interventions. — Fistule stercorale consécutive. — Guérison spontanée.

Le 11 mai 1899, un soldat de ligne, âgé de 20 ans, entrait, avec le diagnostic « angine », à l'hospice mixte de C..., dans le service de M. le médecin-major Fourcade, suppléé par M. le docteur Sylvestre, aide-major.

D'une complexion au-dessus de la moyenne, ce jeune homme jouissait habituellement d'une bonne santé. Il avait eu la rougeole et la scarlatine vers l'âge de 10 à 12 ans, était sujet aux maux de gorge. Il n'avait jamais eu d'entérite et digérait bien habituellement, avec tendance à la constipation. Il s'était engagé en 1897. En avril 1898, un ictère catarrhal, qui dura un mois, le laissa affaibli et l'obligea à quitter le service actif pour entrer dans les bureaux militaires. La constipation devint dès lors opiniâtre. En avril 1899, à peine remis d'une courbature fébrile, il partait pour les manœuvres de cadre comme bicycliste. C'est en cette qualité qu'il était arrivé à C..., dans la soirée du 10 mai.

Dans les antécédents héréditaires, un fait est à signaler: l'une de ses sœurs, un peu plus jeune que lui, a eu une crise aiguë d'appendicite grave, qui s'est terminée heureusement, sans opération, mais en laissant les fonctions digestives troublées.

A son entrée à l'hôpital, le jeune soldat a la gorge un peu rouge, et l'amygdale gauche un peu enflée. Temp. 37°2

le matin. Il n'était pas allé à la selle depuis deux jours ; on prescrit une limonade purgative. Cette purge est vomie et ne provoque pas de selle. Le soir, la température était de 38°6.

12. — Temp. matin, 37°8. La gorge est à peine sensible.

Prescription : 2 verres eau de Janos. A 11 heures, abondante évacuation de matières dures. Le malade soulagé s'endort. Mais à une heure de l'après-midi, réveil brusque, violent frisson ; à 3 heures, la température est de 39°5. Pouls, 100. Le malade est abattu, les traits sont tirés, la langue est sèche. On constate nettement le point de Mac Burney, et l'on sent dans la fosse iliaque droite un cordon dur et bosselé. M. le docteur Sylvestre reconnaît une appendicite et propose une opération, qui est refusée. Le traitement médical est alors institué (piqûres de morphine, diète hydrique sévère, cataplasmes avec onguent napolitain belladonné sur le ventre, à défaut de glace).

13. — Temp. matin, 39° ; soir, 39°5. Pouls, 112. La situation s'est aggravée. Pas de selle, pas d'évacuations de gaz par l'anus. La fosse iliaque droite est très sensible. Les urines sont rares, chargées d'albumine, très foncées, comme une infusion de café ; leur densité est de 1026. Même traitement ; la glace remplace les cataplasmes.

14. — Temp. matin, 38° ; pouls, 112. Sur le désir exprimé par la famille, et avec le gracieux assentiment du service de santé militaire, je vois le malade à 9 heures du matin, avec M. l'aide-major Sylvestre, qui m'a fourni les éléments de cette observation. Le concours de ce distingué confrère a été pendant toute la durée de cette maladie très précieux pour tous; je me fais un plaisir de le remercier à cette place.

Le diagnostic s'impose. Le tableau de l'appendicite est complet; rien n'y manque : point de Mac Burney, défense musculaire localisée, hyperesthésie cutanée, absence de gaz par l'anus, etc.

L'aspect général est mauvais. Rien de spécial par le toucher rectal. L'opération est décidée.

Opération. — Elle est pratiquée à 3 heures avec l'aide de mes confrères MM. les docteurs Durand, Berthaud (amis de la famille), Sylvestre, Vézian et Larroux.

Incision de Roux. Je pénètre d'emblée dans la cavité péritonéale ; les anses du grêle, le cæcum sont vascularisés. Par la palpation directe, je constate que le cæcum est vide de matières ; à travers lui, et derrière lui, je sens un corps cylindrique allongé, probablement l'appendice.

Des compresses étant soigneusement placées sur la lèvre interne de l'incision pour protéger le péritoine, je cherche à contourner le côté externe du cæcum pour atteindre l'appendice. Mais le péritoine qui revêt la face postérieure du cæcum et le péritoine qui tapisse la fosse iliaque interne sont unis entre eux par des adhérences rougeâtres qui empêchent de porter le cæcum en dedans. Je déchire ces adhérences avec le doigt, de bas en haut, décollant doucement le cæcum et le côlon ascendant, lorsque, vers le haut, je donne issue à un pus grisâtre, sanieux, pas très abondant, mais d'une fétidité telle qu'elle est constatée par l'aide le plus éloigné du champ opératoire. Ce pus s'est infiltré dans les adhérences qui retiennent encore la face postérieure du cæcum ; l'appendice est au milieu de ces adhérences. Je ne crois pas devoir en poursuivre la libération et l'extirpation en un foyer aussi septique, par crainte d'infecter la grande cavité péritonéale. Après un esseyage à sec avec des compres-

ses de gaze, un gros drain enveloppé est placé derrière le cæcum. Trois compresses de gaze sont disposées en dedans du drain pour isoler le foyer appendiculaire de la cavité péritonéale.

L'incision est rétrécie, au-dessus et au-dessous du drain, par une suture à trois étages, avec catgut pour les plans profonds et crins de Florence pour la peau.

Le soir à 9 h., la température est à 38°5.

15 mai. — La nuit a été agitée. Temp. matin 38°, soir 38°2.

16. — Le malade se trouve bien. Temp. matin 37°5, soir 38°3.

17. — Temp. matin 37°3, soir 37°5.

18. — Temp. matin 37°4, soir 37°8.

19. — Pansement. Au-dessus et au-dessous du drain, la plaie a très bon aspect. Peu d'écoulement par le drain. Temp. matin 37°1, soir 37°5. A partir de ce jour, la température reste normale.

22. — L'état général est excellent. Purgatif. Le régime, qui avait consisté en lait, eau de Vichy, champagne, bouillon froid, est rendu peu à peu plus substantiel.

24. — On enlève les points de sutre. La plaie est réunie au-dessus et au-dessous du drain, qui coule peu. Les urines sont tout à fait claires et ne renferment plus d'albumine.

Le malade se lève pour la première fois le 22 juin.

Il quitte l'hôpital le 10 juillet, muni d'une ceinture spéciale, et conservant encore dans le trajet du drain une mèche de gaze, qu'on enfonce de quatre centimètres environ.

Le trajet du drain est complètement fermé le 16 août.

Du 16 août au 4 septembre, le malade se porte bien, se croit guéri et paraît guéri.

4 septembre.— Ce jour-là, à 3 heures de l'après-midi, sans cause appréciable, le jeune homme est pris d'un violent frisson et ressent une douleur subite dans la fosse iliaque droite. Temp. 39°.

5. — La nuit a été mauvaise. Les urines sont colorées et renferment de l'albumine comme dans la première crise. Des vomissements se produisent. Le soir, la température est de 40°. On n'a pas noté les battements du pouls.

6. — Au matin, apaisement subit. La cicatrice est soulevée au niveau du point où s'enfonçait le drain ; une incision très superficielle donne issue à du pus odorant. Plus de fièvre. Quand je vois le malade, à 5 heures du soir, la crise est complètement terminée. Je conseille de maintenir l'orifice de l'abcès ouvert en y introduisant des mèches de gaze.

Le trajet est maintenu ouvert jusqu'au 2 novembre.

Du 2 au 16 novembre, la guérison paraît obtenue. L'état général est excellent ; localement tout paraît bien.

16 novembre. — Dans l'après-midi, le jeune homme est pris d'un frisson, ressent une douleur dans la fosse iliaque droite. Pas de vomissements. Mais la température est de 39°6 et les urines sont colorées, avec un peu d'albumine.

17. — Au matin, un abcès s'ouvre spontanément au même point de la cicatrice. La crise est finie. Elle a été bien moins forte que la précédente.

Le trajet est maintenu ouvert artificiellement et péniblement, car il tendait à se fermer jusqu'au 2 mars 1900.

Du 2 au 21 mars, le malade paraît encore guéri.

21. — La fosse iliaque droite est douloureuse.

22. — Nouvelle crise, encore atténuée par rapport à la précédente, et se terminant par l'ouverture spontanée d'un abcès au même point de la cicatrice. L'extirpation de l'appendicite s'impose.

29 avril. — Opération à froïd. Je pratique cette opération avec l'aide de mon collègue L. Imbert et de mes confrères MM. les docteurs P. Bonnafous, Durand et L. Bonnefous (de Rodez).

Anesthésie à l'éther. Incision de l'ancienne cicatrice. Le cæcum adhère à la paroi abdominale antérieure. Le décollement en est facile. J'arrive sur le point d'implantation de l'appendice en suivant la bandelette longitudinale antérieure du cæcum. L'appendice est enfoui et caché au milieu d'adhérences. Il faut le sculpter, pour ainsi dire, avec la sonde cannelée. Il a 6 centimètres de long seulement, est renflé en ampoule à son extrémité libre. Un fil de soie est mis sur l'artère appendiculaire, qui est assez grosse. Puis, l'appendice, lié au catgut à 1 centimètre de son point d'implantation, est sectionné aux ciseaux. La muqueuse du moignon appendiculaire est excisée avec de fins ciseaux, le moignon cautérisé au thermocautère. J'adosse alors les surfaces séreuses du moignon par deux points de fin catgut passés à la Lambert ; enfin, j'enfouis le moignon dans un pli du cæcum par un surjet au même catgut. Suture de la paroi à trois étages. Drain 48 heures. L'appendice enlevé ne renferme pas de corps étrangers. Les parois en sont épaissies ; la muqueuse en est injectée, avec çà et là de petites taches ecchymotiques.

Les suites de cette opération furent aussi simples que possible. Pas de réaction fébrile. Réunion par pre-

mière intention. Le malade était complètement guéri le 15 mai.

Son histoire n'était cependant pas terminée.

Le 10 juin 1900, alors que la santé était parfaite, un petit abcès paraît au niveau de la cicatrice et s'ouvre sans provoquer ni fièvre, ni douleur. Il en sort une cuillerée à soupe de pus et de sérosité grisâtre odorante. Le passage par la fistule d'un liquide coloré poussé dans le rectum montre bientôt qu'il s'agit d'un fistule intestinale. Pour préciser le diagnostic, le trajet de la fistule est dilaté avec une tige de laminaire. Il devient ainsi évident qu'il s'agissait d'une fistule simplement stercorale, siégeant sur la paroi externe du cæcum, vis-à-vis la valvule iléo-cæcale.

Malheureusement on prit la cavité cæcale pour une cavité pyo-stercorale, et sous prétexte d'en faire l'antisepsie on la bourra de gaze iodoformée. Cette médication ne peut que contrarier la bonne nature, et ce fut de nouveau le Dr Gilis qui, rappelé, reconnut la méprise et décida d'abandonner cette fistule à elle-même, en exerçant une pression méthodique au niveau de son orifice et en faisant suivre un régime alimentaire spécial au malade. Sous cette influence, la fistule s'est peu à peu rétrécie. Des cautérisations avec une fine pointe de thermocautère, répétées par trois fois à vingt jours d'intervalle, en ont amené la guérison. La fistule était définitivement fermée dans les premiers jours de décembre 1900.

Observation III

(Guinard, *in* thèse Bosselut, 1907)

Homme, 17 ans. En janvier 1901, crise d'appendicite aiguë. Au début de mars, deuxième crise. Le 21 mars, troisième crise. Opération le 29 mars. Incision de Jalaguier. Appendice en position pelvienne. On le déchire accidentellement. On lie sa base mais on ne peut l'extirper. Au cours de ces manœuvres on éraille une anse grêle très adhérente. Dans les jours qui suivent, il se forme des fistules laissant échapper à flots l'urine et les matières fécales. Des matières diarrhéiques passent par l'urètre. Apparition d'un abcès parotidien, d'un abcès péri-urétral. En donnant un lavement par l'anus, le liquide sort par l'urètre et la plaie abdominale. L'état est très grave et l'on hésite plusieurs fois à intervenir pour faire une exclusion. Tout guérit spontanément. Le 1er novembre, état général parfait.

Observation IV

(*In* thèse Bosselut)

Appendicite aiguë avec péritonite généralisée. — Fistules stercorales le vingtième jour. — Cure radicale onze mois après.

Le 23 mars 1904, crise d'appendicite aiguë. Le 26 mars le tableau s'étant assombri on intervient d'urgence. Incision au niveau de la fosse iliaque droite : sphacèle sans perforation de l'extrémité du cœcum. L'appendice est en position haute et externe et présente deux perforations, et par un de ces orifices est sorti un calcul développé autour d'un poil de brosse à dents. Il y a du pus ressemblant à du bouillon sale autour du cæcum et entre les anses intestinales. Résection de l'appendice. Drainage dans trois directions. Ouverture symétrique de la première au niveau de la fosse iliaque gauche. Evacuation du pus analogue. Suites opératoires agitées. Le 2 avril, hernie de l'intestin à travers la plaie de droite. Le 14 avril, perforation intestinale laissant passer des matières fécales. En mai, amélioration de l'état général et de la plaie. Il passe toujours des matières, mais il y a des selles normales. L'état demeure stationnaire jusqu'en février 1905, époque où on intervient pour fermer la fistule stercorale. Dissection de la peau en territoire sain, on la ferme par deux pinces en T. Incision abdominale à la limite du tissu de cicatrice ; on pénètre dans le péritoine et on arrive sur la face antérieure du cæcum qui est perforé en deux endroits. On réunit ces perforations d'un

coup de ciseaux. On fait l'ablation du tissu de cicatrice et on suture le cæcum à la soie (3 étages). Il ne reste qu'un petit moignon de cæcum. Drainage. Reconstitution de la paroi. Suites simples, apyrétiques. Guérison.

Observation V

(Extraite des *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie de Paris.*)

Fistule stercorale consécutive à une appendicite entretenue par un rétrécissement probablement tuberculeux du cæcum.— Résection du cæcum.

M. Chaput : « Il s'agit d'un homme de 28 ans, opéré d'appendicite par M. Michaux, le 21 mai 1900. J'ignore si l'appendice a été enlevé chirurgicalement, en tout cas il a été éliminé complètement, ainsi que nous le verrons plus loin. L'opération laisse après elle une fistule stercorale que M. Michaux opéra le 24 octobre 1900.

La fistule s'étant reproduite, je l'opérai à mon tour le 21 janvier 1901 ; je fis une incision au-dessus de la fistule, j'ouvris largement le péritoine, j'attirai le cæcum à la peau après avoir sectionné la fistule au ras de l'intestin. Je fis une suture séro-séreuse à deux étages sur une séreuse saine et des tissus bien souples. Le malade quitta l'hôpital parfaitement guéri, mais au commencement de mai la fistule se reproduisit ; l'écoulement était très peu abondant, mais tenace. La région cæcale était empâtée. Le 31 mai 1901, nouvelle intervention..., résection du cæcum, réunion de l'intestin grêle au côlon ascendant par un étage musculo-muqueux à la soie et un second

étage séro-séreux continus. (Le cæcum et le côlon ascendant sont très épaissis.) Drainage avec mèche iodoformée. Suture de la paroi au fil d'argent.

Présentation de pièce : J'ai enlevé un fragment de 8 à 10 centimètres d'intestin grêle présentant des tubercules sur la séreuse. L'intestin grêle se continue presque en ligne droite avec le côlon ascendant par un point très rétréci à parois épaisses mesurant à peine 2 centimètres de circonférence intérieure ; c'est à ce point qu'aboutit la fistule stercorale. Le cæcum a disparu. Le côlon ascendant enlevé mesure environ 5 centimètres. Pas de trace d'appendice. »

Observation VI

(Extraite des *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie de Paris.*

M. Peyrot : « Il s'agit d'une fillette de 12 ans qui avait été opérée 6 mois auparavant pour une appendicite par M. Pauchet (d'Amiens). Après une période de suppuration assez longue, il persistait au bas de la cicatrice abdominale une fistule qui donnait passage à des matières issues évidemment du gros intestin. La fistule ayant été circonscrite au moyen de deux incisions courbes, et le trajet pariétal excisé, l'orifice stercoral profond fut découvert dans l'angle d'accolement de deux anses du grêle. L'orifice de l'intestin était plus profond et placé sous ces anses... La guérison fut obtenue en peu de temps par un procédé nouveau. »

M. Pierre Delbet : « Je ferai une toute petite réserve.

M. Pauchet a fermé ces deux fistules intestinales en faisant des entéro-anastomoses, c'est-à-dire qu'il a ouvert une anse intestinale pour l'anastomoser avec la fistule. Or il existe un procédé ancien, classique, qui a au moins l'avantage d'être plus simple... »

M. Michaux : « J'ai fait tout dernièrement une opération analogue. Je crois qu'il est très important dans les fistules de pratiquer un décollement très soigné. J'ai fait une double suture. Grâce au décollement j'ai mené l'opération à bonne fin et la malade est guérie. »

Observation VII

(Potherat. — Congrès de chirurgie, 1897, et *in* thèse Collot, Paris 1899.)

Anus contre nature consécutif à une appendicite. — Cure radicale. — Guérison.

Garçon de 14 ans. Appendicite suraiguë, perforante. Laparotomie latérale. Ablation de l'appendice perforé ; lavage de l'abdomen.

Douze jours après, les matières fécales passent par la plaie.

Bientôt toutes les matières passèrent par là.

Trois mois après, fermeture de cet anus par entérorraphie longitudinale, après complète libération de l'anse. L'anus siégeait sur le grêle. Guérison sans incidents.

Observation VIII

(Albarran. — Congrès de chirurgie, 1900.)

Fistule stercorale après appendicite. — Cure radicale. — Guérison.

Femme. En juillet 1898, accidents d'appendicite remontant à 3 jours. Péritonite. Laparotomie. Assez grande quantité de liquide louche dans le péritoine. Perforation appendiculaire. Résection de l'appendice. Plaques gangréneuses sur le cæcum dans une collection purulente fétide. Anus contre nature dès les jours qui suivent. Plusieurs mois après, résection du cæcum. Guérison.

CHAPITRE VI

CONCLUSIONS

Des huit observations que nous publions, trois malades ont guéri spontanément d'une fistule stercorale consécutive à l'opération de l'appendicite. Peut-être qu'une éventualité aussi heureuse aurait pu se produire plus souvent si l'on avait différé plus longtemps l'intervention radicale, ou si, par suite d'une erreur de diagnostic, comme dans le cas que rapporte M. le professeur Gilis, on n'avait pas contrarié la bonne nature en bourrant de gaze iodoformée la cavité cæcale qu'on avait prise pour une cavité pyo-stercorale, cavité qui ne demandait qu'à s'obturer d'elle-même, éventualité qui se produisit dès qu'on eut cessé cette médication inopportune.

Il convient donc d'attendre, d'attendre longtemps, trois mois comme le demande Dupuytren, et même davantage si le malade possède un état physique de nutrition satisfaisant et un bon état psychique. Il faut au contraire ne

pas trop tarder à opérer si le porteur de la fistule est un psychopathe, et ne pas le laisser arriver au suicide à cause de son incontinence des matières. Mais, dans les autres cas, retarder toujours, faire prendre patience au malade, surtout si la fistule laisse de jour en jour passer moins de matières fécales.

Alors, quelle intervention choisir ?

1° Les méthodes extra-péritonéales dans la cure des fistules stercorales doivent être laissées de côté, en général. On ne les emploiera que dans certaines fistules tubulés.

2° La méthode instrumentale de von Frisch est simple, moins dangereuse que la résection intestinale, et détruit radicalement et rapidement l'éperon.

3° Des méthodes intra-péritonéales nous ne retiendrons que l'entérorraphie latérale qui convient aux anus sur le gros intestin, particulièrement sur le cæcum, et l'entérectomie qui est l'opération de choix puisqu'elle supprime la lésion et qu'elle ne laisse aucune adhérence. Le bouton de Murphy-Villard rend cette intervention simple, rapide et bénigne.

CHAPITRE VII

BIBLIOGRAPHIE

Archives générales de médecine :

Chaput. — Nouvelles méthodes de traitement de l'anus contre nature.

Chaput et Reclus. — De l'entéro-anastomose.

Bosselut. — Pathogénie, évolution et traitement des anus contre nature consécutifs à l'appendicite (Thèse Paris).

Bullelins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris :

Bækel. — Entérorraphie pour un anus contre nature.

Forgue. — Anus contre nature sur le cæcum traité par la résection (bouton de Murphy).

Damas. — Fistule cæcale après appendice. Entérorraphie latérale.

Faure. — A propos du traitement de l'anus contre nature.

Vanverts. — Exclusion de la plus grande partie de l'intestin pour anus contre nature.

Gilis (Poirier, rapporteur). — Une observation d'appendicite avec fistule stercorale consécutive à l'opération.

Rapport de Chaput sur un cas d'appendicite avec fistule.

Barette. — Discussion sur les fistules de l'appendice : fistules iléo-stercorales ayant pour point de départ un moignon de l'appendice.

Savariaud. — Cure radicale de l'anus contre nature par un procédé nouveau.

Le Dentu et Delbet. — Traité de chirurgie.

Le Dentu. — Du traitement des fistules stercorales et de l'anus contre nature. Observations d'entérorraphie latérale et d'entéro-anastomose.

Duplay et Reclus. — Traité de chirurgie.

Francoz. — Le traitement de l'anus contre nature et des fistules stercorales par l'entérorraphie (Thèse Paris).

Jeannel. — Chirurgie de l'intestin.

Jourdan. — Le traitement chirurgical des anus contre nature et des fistules stercorales.

Journal de Chirurgie :

Le Dentu. — Manuel opératoire de l'anus contre nature.

Veau et Duverger. — Anus contre nature dans l'appendicite.

Soliéri. — Traitement des fistules stercorales et des anus contre nature.

Von Frisch. — Appareil pour le traitement de l'anus contre nature.

Savariaud. — Cure de l'anus contre nature par l'entérorraphie latérale cutanéo-limbique.

Dombrowsky. — Etude sur le traitement des fistules stercorales.

Hache. — Sur le traitement des fistules stercorales et anus contre nature.

Lécureuil. — Contribution à l'étude des fistules entéro-cutanées consécutives à l'appendicite.

Lyon Chirurgical :

Delore et Thévenet. — Traitement de l'anus contre nature.

Kammerer. — Exclusion pour fistule stercorale après appendicite.

Montpellier Médical :

Gilis. — Une observation d'appendicite.

Olier. — Contribution à l'étude du traitement de l'anus contre nature par l'entérorraphie circulaire (Thèse Montpellier).

Philippe. — Traitement de l'anus contre nature. Critique des procédés anciens. Etude des procédés de Chaput (Thèse Paris).

Regad. — Contribution à l'étude de la thérapeutique de l'anus contre nature. Entérorraphie avec incision péritonéale d'emblée et méthode de Murphy (Thèse Lyon).

Revue de Chirurgie :

Delore et Patel. — Traitement de l'anus contre nature.

Robert. — Contribution à l'étude du traitement des fistules stercorales. Bouton de Murphy (Thèse Paris).

Savariaud. — Cure radicale de l'anus contre nature par un procédé nouveau.

Vanverts. — Traité de technique chirurgicale.

Von Eiselsberg. — Fistule cæcale après appendicite. Exclusion. Guérison.

Ymbert. — Contribution à l'étude de la fistule stercorale consécutive à l'appendicite (Thèse Paris).

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 15 juillet 1912.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 15 juillet 1912.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!